FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1967

THÈSE

N° 974

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Anne-Marie GAUTHIER

née le 21 janvier 1940 à Pacy sur Eure (Eure)

Ancienne externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

AUTOUR D'UNE SCHIZOPHRENE

ESQUISSE D'ANALYSE D'UNE COLLECTIVITE PSYCHIATRIQUE

Président : M. Jean DELAY, Professeur

COPEDITH - 70, rue de Flandre - PARIS XIXe

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1967

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Anne-Marie GAUTHIER

née le 21 janvier 1940 à Pacy sur Eure (Eure)

Ancienne externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Présentée et soutenue publiquement le

AUTOUR D'UNE SCHIZOPHRENE

ESQUISSE D'ANALYSE D'UNE COLLECTIVITE PSYCHIATRIQUE

Président : M. Jean DELAY, Professeur

COPEDITH - 70, rue de Flandre - PARIS XIXe

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546008_0117

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
— —	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) **Professeurs à titre personnel :**

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) GOUGEROT (L.) ROUCAYROL (J.-Cl.) TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
— —	BAUMANN (J.)
— Cochin	LEGER (L.)
— Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
— Saint-Antoine	GOSSET (J.)
— Salpêtrière	SICARD (A.)
— Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Bicêtre	DEPARIS (M.)
— Broussais	MILLIEZ (P.)
— Cochin	N...
— Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
— Pitié	DREYFUS (G.)
— Saint-Antoine	CONTE (M.)
— Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
— Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)

	MM.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur Jean DELAY

qui nous a fait l'honneur de présider
cette thèse.

A Monsieur le Professeur P. DENIKER

nous lui sommes reconnaissant
de ses conseils.

A tous ceux dont la marque est sensible
au travers de cette étude.

"... La médecine est en effet, pour le dire sommairement, la science des phénomènes d'amour dont le corps est le siège, eu égard au remplissement et à l'évacuation, et celui qui, dans ces phénomènes, diagnostique le bel amour et le mauvais amour, celui-là est le plus médecin des médecins ; en outre, celui qui réalise un changement de nature à substituer à la possession d'un des amours celle de l'autre, et qui sait produire l'amour là où il n'est pas, et où il faudrait qu'il fût, ou bien l'extirper dans le cas contraire là où il se trouve, celui là doit être un homme qui sait bien son métier ; il doit en effet être capable, évidemment, de faire que ce qu'il y a de plus ennemi l'un de l'autre dans le corps devienne ami et s'aime mutuellement."

PLATON

Le Banquet
(Discours d'Eryximaque)
- La Pléiade -

INTRODUCTION

Nous n'allons pas rapporter ce que l'on appelle couramment l'histoire d'une malade, ni même décrire le mode d'existence schizophrénique qui la caractérise. Notre propos consiste plutôt en un rassemblement de ce qui a été recueilli par nous au cours de six mois, et dont le dire ou l'agir à son sujet de personnes ayant fonction de la soigner représente la matière.

Il est à noter que l'auteur du récit est une de ces personnes ayant la charge de la malade, étant elle-même l'interne de l'unité de soins étudiée ici.

De la malade, nous dirons simplement qu'elle est considérée comme "difficile", épithète intraduisible de la terminologie asilaire dont nous verrons plus loin ce qu'il recouvre.

1 - Auparavant, nous allons situer succintement cette unité de soins où se déroule l'observation en évoquant la structure institutionnelle dont elle n'est qu'un élément. Il s'agit d'un service d'hôpital psychiatrique de la Seine, divisé en six unités de soins, en six "quartiers" groupant chacun une soixantaine de malades de sexe féminin. Ce qui le particularise, c'est l'existence d'un Club, dont la création remonte à quatre ans.

Nous ne prétendons pas faire ici une étude exhaustive de ce club, ni même expliquer l'intérêt de son fonctionnement, tel n'est pas notre sujet ; nous donnons seulement quelques indications nécessaires à comprendre ce qui sera développé au fur et à mesure dans l'observation. Chaque élément du personnel soignant est là, non tant pour veiller au fonctionnement du club que pour l'utiliser, autant que faire se peut, dans un but thérapeutique. La plupart des infirmières concentrent leurs activités au niveau des quartiers, comme soignantes ou ergothérapeutes des ateliers intérieurs aux quartiers ; d'autres sont détachées de ces unités de soins, en tant qu'ergothérapeutes des ateliers dits "centraux" c'est à dire extérieurs aux quartiers, ou en tant qu'animatrices du club.

Les malades, membres de droit du club, assurent sous le contrôle des soignantes la gestion des bénéfices recueillis dans les divers ateliers ; cet argent est divisé en plusieurs parts : une part échoit au

fonds de solidarité, une autre est investie en matériel qui devient propriété du Club, une troisième est distribuée aux quatre commissions : Hôtellerie, Loisirs, Voiture, Travail (cette dernière assumant la distribution d'un pécule aux malades qui travaillent).

Chaque mois, les malades de tout le service élisent en assemblée générale les déléguées du Bureau du club : présidente, vice-présidente, secrétaire générale, etc... D'autre part, chaque quartier élit mensuellement ses propres déléguées aux quatre commissions ainsi que sa déléguée générale.

Au cours des réunions hebdomadaires dites "de quartier" groupant soignées et soignants (infirmières, interne) d'un seul quartier, les malades peuvent réclamer par vote un don ou une sortie au théâtre pour telle malade auprès des déléguées correspondantes, ou demander que soit discutée telle question devant les animatrices du club. Les décisions s'élaborent donc au niveau de ces réunions, ou à des échelons plus élevés, entre déléguées des six quartiers par exemple.

La vie du service est ainsi émaillée de réunions diverses, où se coordonnent les activités du club, réunions auxquelles participent ou non les malades. Il existe dans le service deux pôles attractifs, opposés et complémentaires : les quartiers, le club. Chacun, par sa structure particulière, cerne un aspect du mode d'existence des malades ; la réunion de quartier en constitue la charnière, où s'articulent les deux types d'activités.

2 - Qu'à cette structure instituée où le personnel infirmier et médico-psychologique est élément stable, fixé pour plusieurs années, s'oppose le court passage annuel des internes n'est pas sans conséquences quant à l'organisation des équipes soignantes de chaque quartier et à la prise en charge des malades, d'autant plus que la pénurie de personnel soignant et "l'encombrement" des services font que cet interne se trouve pratiquement responsable de ce qui se passe au niveau du quartier où il est affecté. L'ambiguité de sa position - marginale par rapport à l'institution, centrale en tant qu'il représente le vecteur des décisions même si, en fait, elles sont prises par les infirmières - infléchit certainement ses échanges avec celles-ci en sorte qu'il ne sera pas toujours à même de saisir quel rôle on veut lui faire jouer et pourquoi : il est en quelque sorte en dehors de l'histoire de l'institution.

3 - Pour réaliser cette observation, nous avons sélectionné consciemment et sans doute inconsciemment, parmi la masse de matériel à notre disposition, les éléments en rapport avec ce que représentait, pour le collectif soignant, la malade autour de laquelle nous avons centré notre récit. Car nous avons voulu montrer que ce qui rendait problématique la prise en charge de cette malade dépassait la question même de cette prise en charge : les troubles de la malade venaient là pour signifier à l'interne quelque chose qui n'était pas dit en clair

par les infirmières et qui, à ne pas concerner la seule malade, n'en était que plus opaque.

Le matériel que nous avions à notre disposition consistait en tout ce que nous avions pu remarquer de significatif chez les infirmières, la malade considérée, les autres malades du quartier, enfin l'interne : paroles, actes, attitudes conscientes ou inconscientes, acting out, actes manqués, symptômes et le cortège de sentiments qui les accompagnait ou que nous pouvions déceler à travers ces conduites. Ainsi a été mis à jour le jeu des interactions entre les diverses personnes du quartier.

Nous voulons simplement insister ici sur la valeur que porte l'agir : dans une institution psychiatrique, il peut venir à la place d'un dire sans avoir pour autant le sens d'acting out. Il peut se faire interprétation, il est parfois le seul mode de communication possible avec un psychotique.

4 - Nous avons découpé ce récit en quatre phases : chacune d'elles recouvre quelque peu schématiquement une période qui nous semblé présenter une unité interne, une cohérence correspondant à un certain mode d'échanges entre les divers éléments du quartier, que sous-tend une élaboration fantasmatique particulière à l'intérieur du groupe des soignants.

Dès mon arrivée dans le quartier où je prenais mes fonctions d'interne, les infirmières attiraient mon attention sur une certaine malade, M..., schizophrène dont le cas posait particulièrement problème non tant à elles-mêmes qu'au médecin du quartier. L'interne qui me précédait avait, disaient-elles, désiré que j'en sois prévenue pour qu'ainsi me soit évité le piège dans lequel elle-même était tombée. La teneur du message, dont les infirmières insistaient pour ne pas être les auteurs, était le suivant :

"Attention à vous, c'est une homosexuelle. Tous les internes qui sont venus ici se sont laissé prendre à son jeu en la recevant tous les jours dans le bureau et en écoutant ses histoires de comédienne. Si elle tombe amoureuse de vous, ce sera fini, vous ne pourrez plus rien faire. Elle imite toutes les malades difficiles, tout ce qu'elle dit, elle le répète des autres."

D'emblée elle m'était présentée comme miroir des autres, actrice d'un drame qui n'était pas le sien, jouant une maladie dont elle n'était pas le sujet et dont les infirmières n'étaient pas dupes.

Surtout, ce savoir qui m'était fourni avant que surgisse toute question, peut-être pour éviter ce surgissement, était donné comme intangible, faisant figure de vérité officielle, intemporelle, rendant absurde toute contestation. M... était stigmatisée, marquée par un destin dont, à être concernée moi aussi, je n'avais qu'à tirer les conséquences.

Initiation soulignant prophétiquement le lieu d'où peut surgir le signe de la castration du médecin, et aussi mise en garde dégageant les soignantes de toute responsabilité quant à ce qui pourrait advenir au temps où "ce sera fini" ; en tous cas, m'était bien précisé que si agent castrateur il y avait, il ne saurait être le groupe des infirmières qui n'aurait fait que me prévenir du danger : "attention à vous", s'appuyant là sur le savoir de cet interne désormais absent.

Au fil de ce discours des soignantes qui m'accueillaient dans le quartier, je retenais une autre formulation liée, me sembla-t-il, à la première, ne serait-ce que par son mode d'expression, puisqu'il s'agissait là aussi d'une "recommandation" de l'interne précédent :

"Vous vous occuperez de la contraception ; la pilule est affaire entre vous et les malades, nous n'avons pas à nous en mêler."

Qu'il s'agisse d'homo ou d'hétérosexualité, l'interne est bien là pour le savoir : à ce propos sont évoqués entretiens psychothérapiques et prescriptions thérapeutiques. Savoir bien encombrant que l'on me livre d'emblée, sujet à conséquences aussi obscures que dangereuses non tant pour les malades que pour le collectif soignant, et qu'il est préférable de transmettre de médecin à médecin, sans que les infirmières y interfèrent autrement que comme messagères.

Appel et refus de mon savoir présumé s'articulent à la contestation même de ce savoir, qui se glisse dans ce "conseil", signé comme tel par les soignantes :

"Ne voyez jamais une malade en tête à tête, une infirmière doit toujours assister à ce que vous dites ou faites ; d'ailleurs, ici toute décision est collective."

Le rappel "toute décision est collective" ne vient là que pour me dire que toute action entreprise à l'égard des malades - par l'interne ou les infirmières - signifie simplement que quelque chose se passe entre ces membres du collectif soignant, qui n'est pas forcément unanimité collective.

Si de ces trois formulations se dégage quelque chose de commun, ce serait une demande ambiguë, explicitant l'alternative devant laquelle on me place, alternative clivant les champs d'action respectifs du médecin et des infirmières :

- ou bien c'est nous qui décidons dans le quartier et vous ne faites qu'entériner,
- ou bien vous vous portez garante de ce qui se passe ici, et nous en déchargeons sur vous la responsabilité.

L'un et l'autre termes sont marqués de l'ambivalence des soignantes devant une éventuelle "perte" fantasmatique de mon pouvoir médical, perte advenant inévitablement de par la transgression que représente pour elles l'échange entre malade et médecin. Plutôt que de transgression, il s'agit plus précisément de scandale postulé par la règle qu'elles créent et annulent dans le même temps où elles me mettent en garde contre l'homosexualité de M... et où elles m'attribuent la tâche de prescrire des contraceptifs.

Avant même que j'aie le temps de comprendre ce que signifiait tout ceci les infirmières faisaient entrer M... dans le bureau et s'éclipsaient, arguant du désir de la malade de me voir seule. Je sentis bien que l'on me mettait à l'épreuve - mais de quelle épreuve s'agissait-il exactement ? - M... était devant moi, et je ne pouvais que la faire asseoir, l'écouter.

Agée d'une vingtaine d'années, elle était petite, boulotte, accoutrée bizarrement à la fois comme une petite fille et comme une "pin-up". Elle se jeta littéralement dans le fauteuil, et resta quelque temps si-

lencieuse, soulagée. Puis elle pleura beaucoup, se plaignit de ce que les infirmières ne la comprenaient pas, et me conta comment, la veille, elle avait cassé une dizaine de carreaux pour montrer combien elle aimait l'interne à qui je succédais.

A peine était-elle sortie du bureau que des infirmières y entraient, me demandant incidemment, d'une façon quelque peu mondaine, "si l'entretien s'était bien passé".

Pendant un mois, elle ne demanda que rarement à me voir, et j'appris par personne interposée - une psychologue stagiaire - que les infirmières étaient fort troublées par le changement de comportement de M... qui "n'allait plus assiéger l'interne".

Interrogées par moi à ce sujet, elles m'avouèrent avec une certaine gêne leur crainte que M... se sente abandonnée. Elles essayaient bien d'entourer la malade plus qu'auparavant, mais, disaient-elles, "ce n'est plus la même chose, on ne sait plus comment s'y prendre ; dès qu'on s'occupe un peu d'elle, elle s'accroche à nous et on ne peut plus s'en défaire".

Inquiétude contrastant avec le savoir péremptoire sur M... dont elles avaient discouru avec prolixité devant moi à mon arrivée ; inquiétude tempérée aussi de dénégation : "Pourquoi nous demandez-vous tout ça ? Ce n'est rien...", m'exprimant l'indécence de mon intrusion dans ce domaine. La quête perpétuelle de M... m'était dite "en clair", comme par le début, tandis que le "on ne sait plus comment s'y prendre" m'était dit à contre-coeur me soulignant là qu'à concerner les seules infirmières, il ne valait pas (c'est à dire il ne fallait pas) que je m'y arrête.

Ce "on ne sait plus comment s'y prendre"... (avec M...) exprimait aussi un "on ne sait plus comment s'y prendre avec vous". Cette chose qui aurait dû se passer entre M... et l'interne ne se réalisait pas, ou se déroulait ailleurs, en un lieu non cernable, entre des personnes non identifiées par les infirmières.

Celles-ci s'étonnèrent devant moi de ce que plusieurs malades qui réclamaient "la pilule" avant mon arrivée ne veuillent plus en entendre parler, malgré les exhortations empressées des soignantes.

Ce que l'on n'osait pas trop me montrer, c'était une sorte de perplexité, de désarroi à ne pas comprendre, à ne pas maîtriser ce qui entre l'interne et les divers éléments du quartier s'échangeait. A-perception réciproque, s'illustrant dans la culpabilité que je ressentais à l'égard des infirmières lorsqu'il m'arrivait de recevoir des malades en tête à tête.

Pendant les deux premiers mois de ma présence, M... ne faisait parler d'elle ni plus ni moins que les autres malades, ou plutôt ce qui d'elle aurait dû faire scandale - à savoir son homosexualité - demeurait silencieux.

Par contre, fut particulièrement débattu aux réunions hebdomadaires de soignants, le problème de l'approche corporelle des malades.

Car si le groupe des soignées resta muet quant au sexe, il s'exprima massivement en une demande de soins somatiques : une véritable épidémie de cystites, vaginites et diarrhées me fit déployer l'arsenal thérapeutique habituel, au grand dam des infirmières.

Mutisme relatif, comme le prouvent les localisations infectieuses. Les malades ne parlent pas à l'interne de leur homo ou hétérosexualité comme s'y attendaient les infirmières, mais rappellent avec une particulière insistance au collectif soignant que leur corps est sexué, qu'il faut s'en occuper sur un mode qui l'engage bien davantage, semble-t-il, que de prêter l'oreille aux confidences des soignées.

Oublis, actes manqués, voire acting out furent la réponse quasi quotidienne des soignantes : on oubliait de laisser à jeun une malade, on ratait les intra-veineuses, on prescrivait des sulfamides sans en prévenir l'interne. Plusieurs fois, à la grande satisfaction des infirmières, je m'affublai d'un grand tablier pour poser des perfusions dans des veines particulièrement "faciles", que pourtant celles-ci ne voyaient pas.

> "Vous ne vous rendez pas compte de ce que vous nous demandez, me disaient-elles ; faire un sondage à une schizophrène est impossible, elle a peur, on ne veut pas lui faire de mal... D'ailleurs, la cystite, c'est psychique, ça."

Boutade me signifiant qu'en tant que psychiatre, je sais bien peu de choses, que les infirmières se révoltent à n'être que des exécutantes de prescriptions dérisoires ; surtout est pointée leur angoisse à instaurer un échange corporel avec une malade mentale, échange autre que ceux qu'elles ont spontanément - baisers, gifles, câlins, dons de friandises - par le sens spécifique qu'y introduit "la prescription médicale". De percevoir confusément ce qui se joue là, dès lors que cet échange s'ordonne symboliquement en son insertion dans une chaîne : médecin infirmière-malade, les soignantes tentent d'en briser l'articulation en prescrivant à ma place ou en me faisant accomplir leurs tâches.

De M..., on ne me parlait point : de ce qu'on aurait pu en dire, ce qui se passait entre les infirmières et moi tenait peut-être lieu. J'en vins à évoquer à la malade, ainsi qu'à sa famille, la possibilité d'une sortie prochaine, sans percevoir la signification du silence à la fois inquiet et narquois des soignantes.

Parler ainsi de cette sortie était bien dire à celles-ci qu'en quelque sorte, je rejetais dans l'insignifiant l'intense quête affective de la malade, affrontée par elles avec tant d'inquiétude ; c'était scotomiser ce qu'elles m'avaient pointé : "dès qu'on s'occupe un peu d'elle, elle s'accroche à nous et on ne peut plus s'en défaire". Mais pourquoi donc les infirmières auraient-elles parlé, leur silence était suffisamment éloquent, d'autant plus qu'il leur permettait de masquer leur satisfaction à me voir réaliser leur désir de clivage de la prise en charge de M... Elles m'avaient prédit, à mon arrivée, qu'elles "retireraient leurs

cartes du jeu" si je me laissais prendre au discours homosexuel de la malade. Elles m'avaient signifié ensuite que je n'avais pas à me mêler de ce qui entre elles et M... s'échangeait.

Je n'avais fait que superposer à la séquence : "aimer M... - ne pas l'aimer", une autre séquence de même valeur : "être pour sa sortie - être contre". Le résultat en était le même, aboutissant à une opposition des attitudes contre-transférentielles à l'égard de la malade.

Scission du collectif soignant d'autant plus indéchiffrable que vécue intensément par ses membres, qui ne voulurent pas reconnaître le sens d'appel inscrit en la rechute excito-motrice de M..., survenue à temps pour exprimer un non-dit.

Ce furent des incidents tels que bris de carreaux et de vaisselle, bagarres avec d'autres malades, que M... expliquait par des déceptions amoureuses infligées par ses amies dont elle ne supportait pas l'hétérosexualité.

Elle demanda plus souvent à me voir, se plaignant au cours des entretiens d'être abandonnée par sa mère, d'être incurable, ou tentant de me séduire indirectement par des commentaires détaillées de ses pratiques homosexuelles.

Percevant la densité progressive de l'échange entre M... et moi, les infirmières rompirent leur silence à propos de celle-ci pour me rapporter, sur un ton d'indifférence quelque peu affectée, comme si elles n'en étaient pas concernées, les remarques désobligeantes, et pourtant hélas fondées, formulées par des personnes d'autres quartiers sur le comportement de M...

> "L'ergothérapeute de l'atelier central se plaint du chahut qu'elle fait, empêchant les autres malades d'y travailler correctement... Au bar, "les visites" sont très gênées de ses obscénités, de plus elle y mendie de l'argent qu'elle distribue ensuite à tout le monde..."

Les soignantes avaient fort à faire, à cette époque, et plutôt que de se demander ce qu'on aurait pu envisager pour M..., l'on tentait de se rassurer répétitivement auprès de moi de l'impossibilité de mort éventuelle d'une certaine malade : celle-ci, maniaco-dépressive, dont les infirmières ne connaissaient jusque là que les accès mélancholiques, présentait un état d'agitation maniaque tempéré tant bien que mal par de hautes doses de neuroleptiques.

> "On ne la reconnaît plus, commentaient-elles ; avant, elle se laissait si facilement consoler par nous, maintenant elle rit, elle chante, on ne sait plus quoi lui dire. N'avez vous pas peur que le traitement la tue ?... On n'ose pas trop vous le dire, mais on craint que les malades ne supportent pas les doses que vous leur administrez."

Inquiétude légitime, et pourtant sonnant faux, semblant venir d'ailleurs, la peur de la mort de cette malade m'était racontée à la place

de celle, impossible à dire, de la folie de M...

Dans cette formulation, les infirmières mêlaient en une même angoisse la mort physique et l'altérité incompréhensible de cette malade, soulignant en même temps la nécessité de ma place en tant que médecin responsable du danger encouru.

M..., comme par hasard, m'en fit l'interprétation par sa demande quotidienne d'une cure de sommeil qu'elle voulait subir dans l'unique chambre d'isolement où précisément couchait la maniaque. Pendant la cure, disait-elle, elle serait comme une morte, soignée comme un enfant, surveillée comme la maniaque dont elle se sentait jalouse. Dans cette cellule, personne ne s'approcherait plus d'elle, elle n'aurait plus envie de faire du mal aux autres, elle ne serait plus angoissée, insomniaque.

Cette demande insistante me rendit perplexe : M... me la formulait avec force séduction, se faisant suppliante, tendre, et me priant "de lui faire ce plaisir" à l'insu des infirmières qu'elle savait opposées à cette cure.

Je fis part à celles-ci de mes difficultés à prendre une décision à ce sujet : n'était-ce pas important, cette demande de soins ? Les infirmières en rirent :

> "Encore un caprice de sa part, il lui faut toujours quelque chose, il lui faudrait toutes les infirmières pour elle toute seule ; vous n'allez pas quand même vous laisser prendre à ses simagrées..."

La cure de sommeil n'était que le symbole de ce qu'aurait pu devenir n'importe quelle "attitude soignante" à l'égard de M..., c'est-à-dire intentionnalité collective, de la part du groupe soignant, d'établir un échange unique en son sens, bien qu'assuré par diverses personnes. A "l'instabilité" de M..., répondait un étalement anarchique de ses rapports, pourtant constants, avec les infirmières. Chacune la "prenait à sa manière", ce qui permettait de se plaindre de l'inanité de ses propres efforts.

La cure de sommeil était significative à bien des égards : prescrite par le médecin, elle engage nécessairement les soignantes en une approche corporelle de la malade. Plus que des somnifères, le médecin prescrit "de l'infirmière". Au cours des deux mois précédents, c'était cette problématique qui s'était jouée, aussi bien dans la prescription de sondages urinaires que dans la cure neuroleptique de la maniaque. Si les infirmières avaient finalement accepté que je sois le médecin du quartier, en me signalant toutefois clairement leurs réticences, elles avaient mis d'emblée M... "hors jeu", "entre parenthèses", M... représentait leur dernier bastion, et pour ce qu'il en était de la soigner, rien n'avait encoré été dit, si ce n'est la "recommandation" de l'interne précédent.

Leur : "Vous n'allez pas quand même vous laisser prendre à ses simagrées" résonnait comme "attention à vous, c'est une homosexuelle" et me rappelait l'alternative initiale que l'on m'avait proposée à mon arrivée : c'est ou vous, ou nous qui décidons ici.

Attitude démissive de ma part ? Non-maîtrise de mon contre-transfert à l'égard de M... ? Refus trop massif des infirmières rendant "sauvage" et inefficace toute prescription médicale pour M... ? Sans doute, tous ces facteurs intervinrent, et d'autres encore, inconscients, pour me faire abandonner l'idée de cette cure, repoussée par moi à "plus tard, quand on y verrait plus clair entre infirmières et moi".

Les effets de cette décision - ou de cette non-décision - ne tardèrent pas : soulagement triomphant des infirmières, et, surtout, ce que je ne pus que dénommer "entrée en scène de M...". Le débat sur cette cure de sommeil avait eu au moins pour effet de montrer aux infirmières que de quelque façon que se réglât ce problème, je désirais que soit soulevée la question de la prise en charge thérapeutique de M...

Que je pense que les infirmières en aient gagné "la première manche", que j'en ressente une certaine culpabilité, n'en étaient que des épiphénomènes. Il y avait quelque chose, là, qui ne pouvait s'effacer. Ce qui jusque là m'avait été caché, à savoir ce que représentait la folie de M... (puisque les choses en étaient allées à l'évocation de sa sortie), fit irruption.

Décrire ce qui changea en la malade est difficile, mais il apparut brutalement que tout le quartier changea : ou plutôt ce furent tous ses éléments, soignants et soignées, qui se situèrent par rapport à M...

Dans le langage des infirmières, "aujourd'hui tout est calme" signifiait "M... dort". Dans celui des malades, "je ne peux plus supporter d'être enfermée ici" signifiait "je ne veux plus voir M..."

La maniaque dont j'ai parlé plus haut, qui arrachait des radiateurs, défonçait les portes, empêchait les malades de dormir des nuits entières, ne provoquait que des réactions de pitié : "c'est une grande malade, c'est terrible pour elle", commentaient malades et infirmières.

M..., par sa seule présence, déclenchait des explosions de colère et d'indignation.

Elle était le plus souvent couchée sur son lit, à peine vêtue, fumant cigarette sur cigarette, menaçant "d'étrangler une grand-mère" si l'on n'accédait pas à ses désirs immédiats, éclatant en sanglots bruyants, tête rejetée en arrière - telle un nourrisson - criant qu'elle allait mourir... ou se promenait dans le dortoir, cajoleuse, souriante, montrant ses photos de famille, assurant tout le monde de son amour.

Quiconque pénétrait dans le quartier n'y voyait que M... ; elle donnait l'impression d'y être partout à la fois. Elle s'offrait constamment au regard : ses multiples changements de vêtements, de maquillage,

de couleur de cheveux, ses décharges psychomotrices, son théâtralisme hypomane semblaient répéter quelque chose qui ne pouvait être dit.

Elle, qui un temps courait tout l'hôpital, en quête d'on ne sait quoi, ne demandait plus à sortir du quartier ; les infirmières, d'ailleurs, ne l'y poussaient pas, arguant du fait que ça leur "faisait honte de la montrer dans cet état", qu'il n'y avait pas "de raison à ce qu'elle aille ennuyer le reste de l'hôpital", agissant en cela comme ces mères de débiles qui ne sortent leur enfant qu'en rasant les murs, aux heures où les rues ne sont pas trop fréquentées. "C'est notre lot, à nous, notre M...", disaient elles mélancoliquement.

Dès lors qu'avait été évoquée la possibilité de la soigner (la cure de sommeil), planait chez les soignantes un sentiment de totale impuissance : "A quoi bon l'amadouer, la punir, la récompenser, puisque cela ne lui est d'aucun effet ? ". Les infirmières se résignaient particulièrement bien à leur inefficacité totale, dans la mesure où elle m'était soulignée en sorte que je ne puisse me méprendre sur son sens : "Voyez ce que vous laissez faire...", m'exprimait-on en filigrane. "Dites nous comment agir", me demandait-on ironiquement, sachant d'avance que je ne saurais pas.

On me parlait maintenant de M... en en étant directement concerné : "M... m'a injuriée", ce qui prenait un autre sens que de rapporter des racontars à son sujet, venus d'autres lieux que du quartier, colportés par d'autres bouches que celles de personnes ayant fonction de la soigner. Mais, fait à noter, on en parlait pour ainsi dire "hors du temps" - l'inconscient ne connaît pas le temps - comme si elle avait toujours été en cet état, et c'est en ce sens que peuvent se comprendre la multitude d'étiquettes caractérologiques qui s'abattaient sur elle, qui la marquaient irrémédiablement : "bourrique, chèvre, caractérielle, vicieuse, engant gâtée, inéducable, grossière, petit animal...". Si les infirmières la qualifiaient parfois de "folle", cela n'impliquait pas pour elles une notion de maladie mentale, mais plutôt celle d'un déchaînement comportemental.

Enfin, pouvait-on me montrer - et je n'avais qu'à regarder - ce à quoi je ne croyais pas auparavant : M..., et notre impuissance à la soigner. Le prophétique : "ce sera fini"... (pour vous) devenait réalité quotidienne, comme si le seul désir de la soigner, venu de moi, tenait lieu du scandale contre quoi on avait voulu me prémunir à mon arrivée. D'ailleurs M... ne tarda pas à proclamer son amour pour moi, et les infirmières en ressentirent quelque chose d'ineffable, comme un "déjà vécu". Il leur revint, pêle-mêle, nombre de souvenirs sur ses exploits passés, qu'elles me contaient avec force détails : tentatives de suicide réitérées, agressions sur les infirmières...

"Maintenant qu'elle est amoureuse de vous, elle va devenir infernale..."

Révolte larvée de celles-ci, exprimant un : "Si vous nous aviez laissé nous en occuper, on n'en serait pas là ; vous avez mis le doigt dans l'engrenage, tout est bloqué."

Ce qui ne pouvait passer par le langage, entre soignantes et interne, se manifestait dans cet isolement de M... par rapport à la masse des autres malades, dans cet mise à l'avant-scène, permettant que se déploie la croyance des infirmières sur l'authenticité d'une relation tout à fait privilégiée de cette malade au médecin. La nécessité de cette situation, les soignantes me l'avaient clairement pointée dès mon arrivée dans le quartier ; ainsi, s'organisaient les échanges à l'intérieur du collectif de soins, les infirmières se sentant persécutées par l'interne (par le biais du comportement de M...) et lui reprochant d'être exclues de sa relation à cette malade. Mais en même temps, cela leur permettait de lui faire assumer ce qu'elles désiraient éviter à tout prix : non tant l'approche que la mise en question de l'approche de cette schizophrène qui n'offrait à l'échange qu'un discours scandaleux.

Ce fantasme des infirmières d'une relation érotisée entre M... et l'interne, formulé par elles avec une nuance de blâme, me plaçait, pour elles, en position vacillante, à la limite d'un franchissement, d'un "passage au delà de...", nécessaire à me faire percevoir un appel de leur part, plus insistant encore d'être tu, appel qui pourrait se dire : "Dites nous jusqu'où nous pouvons aller dans l'approche d'une malade, du lieu où nous vous avons mise, où vous êtes face à la quête inassouvie de M...". Car leur prétendu savoir sur M... venait là comme pour provoquer l'émergence d'une vérité, se faisait question par son insistance même à se montrer incontestable.

Sans bien comprendre, durant les deux premiers mois, je les avais pratiquement obligées à approcher corporellement les malades, elles en avaient ressenti la peur de celles-ci, leur propre peur, qu'elles m'avaient clairement exprimée dans leurs tentatives de réassurance quant à l'impossibilité de la mort de la maniaque. De ce lieu où elles m'avaient placée, il leur semblait que je pourrais édicter un savoir d'autant plus irréfutable fantasmatiquement que faillible dans la réalité quotidienne. Demande à laquelle je répondis un jour, en une colère mal contenue, par : "Mais vous ne voyez donc pas que M... est malade, c'est une schizophrène discordante, autistique, ambivalente...", pensant naïvement que ce n'était que de la seule M... dont il était question. Appel et refus simultanés de l'instance médicale incarnée par l'interne, tel était ce qui se jouait dans le quartier entre infirmières et moi, sous le couvert de la prise en charge de M...

L'ambiguité de ma position de médecin s'exprima heureusement dans cette phrase de M..., hurlée à répétition à mes oreilles : "Etes vous gouine ? ", et dans mon désarroi à y répondre autrement que par : "Je suis une doctoresse". Assertion formulée sans réfléchir, révélant mes difficultés contre-transférentielles à l'égard de M... Le "esse", accroché à "doctor" me sembla sans doute inconsciemment nécessaire à lui signifier que le fait que je sois là pour la soigner ne l'empêchait pas de transférer sur moi les sentiments qu'elle portait à sa mère. Surtout je jouais là le jeu des infirmières, me plaçant comme la seule personne dans le quartier à devoir recevoir et assumer la demande d'amour de la malade. Le "esse" était bien là pour dire à M... que je ne l'abandonnais pas, et aux soignantes que je ne refusais pas le

rôle qu'elles m'avaient assigné.

C'est au niveau des réunions hebdomadaires dites "de quartier", groupant les soixante malades, les infirmières, l'interne, qu'une évolution se dessina progressivement dans les mois qui suivirent : si c'est en ce lieu qu'elle fut le mieux perceptible, n'est-ce pas que ce qui se passait à l'intérieur du collectif soignant à propos de M... n'était que le signe d'autre chose, impliquant les autres malades ?

M... s'y asseyait toujours à côté de moi, essayant sans cesse de prendre mon sac, mes cigarettes, de me toucher, menaçant de me brûler ma robe, tentant de me parler en aparté dès que j'écoutais une autre malade. Quant à moi, j'énonçais à haute voix des interdictions : M... y réagissait par des cris, des larmes, ou quittait la réunion, vociférant qu'il fallait me "mettre au poteau, au four crématoire".

Au milieu de tout ce vacarme, les déléguées des diverses commissions du club (loisirs, travail, hôtellerie, voiture) ne trouvaient plus à s'exprimer. Elles abandonnèrent bientôt leurs postes, sans que les autres malades procèdent à de nouvelles élections.

Parallèlement, plusieurs d'entre elles se firent élire à des postes du club, où le travail des commissions s'effectuait justement hors des quartiers ; elles monopolisèrent tous les postes importants : présidente, vice-présidente, secrétaire générale, etc...

Le club, lieu de rencontre entre soignants et soignées, structuré en une institution utilisée par les malades, organe secrétant ses propres lois, devint instance opaque pour le quartier, de par son seul investissement par quelques malades qui y trouvaient individuellement un sens, sans que celui-ci soit repris dans un réseau de parole au niveau des réunions de quartier.

Au cours de celles-ci, en effet, ne se discutaient plus, ne s'élaboraient plus les options du club ; on n'y parlait plus que de M... Déconnexion du quartier et du club, du moins en ce lieu fait pour qu'ils s'y articulent en présence de l'interne. Car "la machine" du club fonctionnait malgré tout dans le quartier mais, fait particulier, de telle sorte que j'en sois exclue. Le zèle des infirmières à me montrer des cahiers couverts de chiffres, de dates, à me demander de décider ce qui, visiblement, était "de leur ressort", me signifiait surtout que le club n'était pas "mon affaire". Si parfois je proposais quelque suggestion, les soignantes se récriaient, ou bien laissaient faire jusqu'à ce qu'elle s'avère lamentable échec.

Au cours des réunions de malades, les injonctions empressées des infirmières : "Voyons, une telle, lis un peu ton cahier au docteur... Comment ! Tu n'as rien écrit, récite alors ce dont tu te souviens..." venaient plutôt là pour me dire que le club était de bien peu d'intérêt pour moi.

Les réunions de quartier se passaient donc à critiquer violemment le comportement de M... : parmi les malades, c'étaient surtout les névrosées qui, souvent dans les mêmes termes que les infirmières, et faisant chorus avec celles-ci, dénonçaient M... comme la honte du quartier, le vice, la débauche incarnés.

"Voyez comme elle vous embête, comme elle vous dit des horreurs. Eh bien, pour nous, c'est à longueur de journée ainsi",

répétait-on, me signifiant qu'à être médecin, je n'en subissais pas moins que malades et infirmières la présence harcelante de M...

Vitupérant la malade, l'assemblée appuyait mes interdictions :

"M..., ne touche pas le docteur, tais-toi un peu, laisse nous parler avec le docteur de choses sensées. On n'est pas folles, nous, mais à force, on pourrait le devenir à cause de toi..."

La vanité de mes interventions à l'égard de la malade, perçue par tous comme preuve de mon impuissance thérapeutique, mettait en danger les autres malades. A clamer si fort leur raison, elles la sentaient vaciller en elles, et inconsciemment m'exprimaient : "Voyez comme vous nous abandonnez à notre propre folie". Ma présence, en tant qu'instance médicale, était fantasmatiquement perçue comme recours suprême à une chose sensée, à une parole d'autant plus salvatrice que mise en échec dans ce "corps à corps", vu de tous, entre M... et moi.

Autant les infirmières savaient être efficaces à me protéger d'une impulsion agressive d'une malade, autant elles restaient passives à intervenir entre M... et moi ; toute prescription de ma part, de quelque nature qu'elle soit, s'avérait également inutile. Cette érotisation sous-jacente à l'approche des malades, ressentie par les soignantes au cours des deux premiers mois, m'était montrée par leur assignation de ma place d'objet d'amour de la part de M... : ainsi pourrais-je comprendre ce qu'elles ne m'avaient pas dit, en cette relation close face à une malade qui ne parlait que de sexe et de mort.

Ce furent certaines psychotiques qui, lors de ces réunions, prirent les premières la défense de M... et tentèrent de parler de sa maladie. Alors que, sollicitées à grands cris d'émettre un vote qui la ferait changer de quartier, les malades renvoyaient M... à son néant : "On ne votera pas pour ça, on vote pour que tu ailles au diable", ces psychotiques avancèrent avec une grande angoisse :

"Vous n'avez pas le droit de détester M... ainsi ; moi, je la comprends. C'est une maladie de se sentir méchante ; j'ai ressenti ça quand j'étais très mal, et ça m'arrive encore. Mais j'arrive mieux à me contrôler."

Lors de ces interventions, M... pleurait tout bas, attentive.

On la critiqua moins, on parla de son histoire personnelle :

"Pauvre gosse, elle a été privée si jeune de sa mère .. Ce n'est

pas de sa faute si elle fait des bêtises, si elle avait eu une vie normale, elle n'en serait pas là ..."

On chercha des solutions pour l'aider, des malades se proposèrent pour l'emmener à l'ergothérapie.

Ces psychotiques qui se reconnaissaient en elle percevaient très précisément le moment où M... allait présenter une réaction impulsive, et venaient alors lui offrir une cigarette ou, d'un simple froncement de sourcil, lui faisaient signe de se calmer. M... parvint à se taire et, fait particulier, se livra au manège suivant, répété plusieurs fois au cours d'une même réunion : elle cédait sa place auprès de moi à l'une de ces psychotiques qui, disait-elle, l'avaient "comprise". Celles-ci, en une sorte de contagion, imitaient M... à leur façon dans leurs échanges avec moi, me parlant tout bas, me complimentant, me réclamant des cigarettes, jusqu'à ce que M... les délogе à grands cris. Jeu identificatoire à M... de la part de celles-ci, soulignant par l'agir ce qu'elles avaient dit : "M... est une malade comme nous".

Cette assertion, entendue peu à peu de l'ensemble des malades ne fit pas néanmoins perdre à M... sa place de premier plan. Rejetée d'abord par toutes comme miroir d'une folie où elles refusaient de se reconnaître, M... devint pour elles une sorte d'énigme. Plusieurs malades comparèrent longuement en gravité leurs propres troubles aux siens, racontèrent leur vie, les circonstances de leur hospitalisation, comme si ces discours tenaient lieu de celui que M... ne pouvait dire.

Leur recherche d'une causalité à leur maladie venait là tempérer l'angoisse que provoquait dans l'assemblée la reconnaissance de M... en tant que malade. Il semble aussi qu'à voir réussir les tentatives "psychothérapiques" des psychotiques à l'égard de M..., les autres malades ressentaient la nécessité d'articuler des notions de temporalité, d'historicité à la folie de M..., en appelant peut-être ainsi à ce que quelque chose changeât.

Certaines malades vinrent me parler de M... en tête à tête :

"Je ne peux supporter quand elle crie, quand elle casse tout. Je suis obligée de la fuir, car je sens que je pourrais faire comme elle. Je voudrais l'aider, pas pour elle, pour moi surtout, je suis très égoïste, vous savez ; je pense que si j'arrivais à discuter avec elle, je pourrais mieux exprimer ce que je veux dire, cela me guérirait. Il faudrait que je lui apprenne à travailler, j'aime dominer les autres ... Ma mère m'a toujours trop dominée."

C'est ainsi que put m'approcher une schizophrène très ambivalente que les entretiens avec moi angoissaient beaucoup. M... servit d'objet d'échange entre malade et médecin : parlant d'elle, on parlait de soi. Tout se passait comme si M... offrait aux malades un repère par rapport au médecin, à leur propre maladie, à travers la prise en charge de cette angoisse présente dans le quartier, et qui prenait

nom de "maladie de M..."

Pour nous orienter un peu à travers cette observation, nous la découperons schématiquement en plusieurs phases : la première se déroulant entre le temps de mon arrivée et celui de l'entrée en scène de M..., la deuxième correspondant au moment que nous sommes en train de décrire.

Les infirmières furent loin de rester insensibles à ce qui se passait lors des réunions de quartier de la deuxième phase, et progressivement se situaient différemment vis à vis de M... Percevaient-elles un déplacement de ma position à l'égard de la malade par rapport à celle que, fantasmatiquement, elles désiraient me faire tenir ?

En effet, elles ne pouvaient pas ne pas voir que je refusais une relation exclusive avec M..., que les malades y faisaient constamment irruption en se liant à elle sur un mode aussi bien persécutif que compréhensif, voire identificatoire. Plus profondément, à manifester l'existence du corps du médecin - c'est à dire d'un personnage soignant comme le sont aussi les infirmières - en tant que lieu d'un tabou, mon intervention mobilisa les soignantes, venant à leur rappeler qu'une de leurs fonctions importantes consiste en l'exécution de soins corporels et que cette approche des malades n'est possible et efficace qu'à se fonder sur sa non réciprocité.

Non que le type de leurs actions à l'égard de M... eût radicalement changé, ce qui était nouveau, c'était le besoin qu'elles éprouvaient de m'en faire part :

"J'ai réussi à faire travailler M... toute la matinée. Je lui avais promis en récompense trois cigarettes..." ou :

"J'ai privé M... de cinéma parce qu'elle avait giflé telle malade..."

Ce mode d'échanges, gratifiant ou punitif, ne m'était plus rapporté comme preuve d'impuissance thérapeutique : on ne mettait plus en avant ses échecs successifs, on n'étiquetait plus la malade d'épithètes caractérologiques. Les infirmières se vantaient, s'étonnaient même de la réussite de leurs tentatives d'approche, ou s'inquiétaient lorsque cela "ne marchait pas", en cherchant le pourquoi auprès de moi, comme s'il était évident que j'en détienne le sens.

L'on tenait à me montrer à tout prix que l'"on pouvait faire quelque chose de M...", comme si était tombé dans l'oubli ce qui en avait été dit auparavant. Qu'ainsi, quasiment sans s'en apercevoir, les infirmières se conduisent à mon égard et parlent de M... sur un mode tout à fait opposé au précédent, qu'elles me montrent "l'envers de l'endroit", manifestaient que du côté de leur fantasme sur M... quelque chose avait changé.

Et si M..., en ma présence, restait rebelle aux injonctions des soignantes, elles me faisaient comprendre que c'était de me "sentir là

qui la rendait ainsi" ; car ces décharges excito-motrices de M... devant moi leur signalaient que mon pouvoir n'était pas tout puissant, mettant alors en danger une croyance nécessaire aux infirmières à leur faire assumer l'angoisse de l'approche de cette malade.

Ce furent les infirmières les plus rigides et autoritaires qui "prirent d'abord en mains" M..., tout en quêtant sans cesse mon approbation, me contant dans les moindres détails chaque "journée" de la malade, demande à peine camouflée de me rendre garante de tout ce qui entre elles et M... s'échangeait. "Est-ce bien, est-ce mal d'avoir agi ainsi ? ", telle était la question latente que je percevais.

Toute attitude envers la malade était révélée ou cachée à l'interne vécu comme instance morale : elles me dissimulèrent, puis essayèrent de s'en rejeter mutuellement la responsabilité lorsque je l'appris, une mesure en elle-même non punitive, mais ressentie comme telle. Il s'agissait de retenir sur le pécule de la malade le prix qu'auraient coûté deux carreaux et deux bols cassés par celle-ci.

Lorsque je pus en discuter avec infirmières "du matin" et "de l'après-midi" réunies, les deux soignantes responsables "avouèrent", tentèrent de "se disculper", et finalement renoncèrent à appliquer cette décision.

Cette anecdote montre là que leur acharnement à vouloir tout me dire sur leurs interventions à l'égard de M... masque leur crainte que j'y découvre autre chose que ce qu'elles m'expriment. Elle illustre surtout les difficultés des infirmières à abdiquer leurs positions fantasmatiques de la première phase, où l'assignation de l'interne à une place où elle est marquée de sa relation exclusivement érotisée avec M..., leur permettait d'éluder la question d'un échange libidinal inscrite en leur approche de la malade, et de la cliver ainsi de toute signifiance thérapeutique.

L'abandon de l'idée d'une retenue de pécule, dès lors que j'en connaissais l'origine, ne vient-il pas là me manifester leur nostalgie inconsciente de cette phase où elles "se débrouillaient seules", où le médecin ne se mêlait pas de soigner M... ? N'est-il pas une façon de me dire : "Voyez comme vous protégez M... de nous", tout comme sont interprétées les crises clastiques de M... par ma seule présence dans le quartier : "Quand vous êtes là, elle sait qu'elle ne sera pas punie par nous" ? Discrètes manifestations récurrentes du fantasme d'une relation érotisée entre M... et moi, qui s'estompent devant l'émergence de celui de ma toute puissance thérapeutique.

Les échanges intensifs instaurés entre infirmières et M... revêtaient pour elles un sens dont l'opacité même en appelait à ce que l'interne en soit responsable. Prendre "en mains" M..., la "façonner", lui "apprendre le Bien et le Mal", m'étaient montrés comme autant d'actes agressifs à son égard. Et si les soignantes me glissaient presque chaque jour sous les yeux sa "fiche de traitement", n'était-ce pas pour me montrer que je donnais à M... cet objet dangereux, facteur

de mort - elles-même me l'avaient souligné au cours de la première phase - à savoir "du" médicament. Quand je me trouvais le soir dans le quartier, on ne manquait pas de me faire constater l'état de M... "luttant contre l'effet de sa piqûre" ; je ne pouvais me méprendre sur la signification de combat impliquée dans la prise en charge de la malade, signification tendant à m'en masquer une autre, moins facile à dire.

Car l'homosexualité de M..., jusque là affaire de la seule interne, et contée sur un mode ludique, les concerna directement. Des scandales éclatèrent : de jeunes stagiaires infirmières entraient "dans le jeu de M...", l'écoutant, la cajolant ; elles furent blâmées longuement devant moi par les "anciennes" pour leur manque de tenue. La scission en deux clans, réalisée par les infirmières à l'intérieur de leur groupe, m'était clairement montrée, comme si elles avaient voulu me faire comprendre que, par cette personnification du Bien et du Mal, elles maîtrisaient moralement leur prise en charge de M... Chaque réaction impulsive de la malade fut alors interprétée comme résultant de cette "complaisance des jeunes" :

> "Il ne faut surtout pas prêter attention à ses salades", commentaient les "anciennes". "Quand elle commence à s'agiter, on la traite comme un bébé : on lui donne une douche, on lui lave les cheveux, on va l'embrasser dans son lit, et elle se calme..."

Maternage spontané des infirmières, tendant à colmater la brèche de la demande homosexuelle de M..., sinon à la prévenir en y répondant inconsciemment avant même qu'elle ne soit formulée par la malade. Car le scandale, pour celles-ci, se situait bien davantage dans le discours de M... que dans son agir, auquel elles pouvaient répondre tant bien que mal par un autre agir. La parole de M... était insupportable, à leur rappeler qu'elle n'était pas une enfant, qu'elle donnait sens à chacune de leurs interventions :

> "- On va te faire une piqûre si tu continues, M..."
> - Oui, c'est ça, ça me fait du bien, ça montre que tu m'aimes, tu es ma préférée...",

paroles paralysant littéralement les soignantes qui, rassemblant leur courage, lui administraient sa "piqûre du soir" par groupe de trois ou quatre, évitant ainsi une relation duelle.

Le discours de M... m'était réservé, et la malade faisait en sorte que les infirmières soient tenues au courant de chaque entretien ; cet échange de paroles, jugé par celles-ci comme dangereux mais nécessaire, dont l'issue leur semblait problématique, était particulièrement valorisé, longuement commenté :

> "Souvent elle est encore plus énervée quand elle vous a parlé, mais tant pis, elle en a besoin."

Si résultat immédiat il en découlait, il se manifestait plus du côté des infirmières que de celui de M...

Ce qui apparaissait là, c'était l'intérêt que les infirmières trouvaient

à proclamer l'amour de M... pour chaque interne. Si on avait pu douter jusque là que cette histoire ne soit que fantasme de leur part, il devenait clair qu'elle avait fonction de censure d'une vérité sur leurs échanges avec M... D'ailleurs le remaniement de leurs défenses en cette deuxième phase par la scission en clans opposés ou par le maternage de M... - visant à me masquer l'érotisation de leur approche de la malade - est bien le signe qu'elles sont les auteurs de cette histoire, autrement dit, leur signature.

Autant la parole de M... posait problème aux infirmières, autant la malade supportait mal les réunions du collectif soignant : elle tambourinait à la porte du bureau, suppliant qu'on arrête la réunion, demandant si l'on parlait d'elle, ou y faisait irruption, arguant d'une chose urgente à nous confier. A mon grand étonnement, le bruit assourdissant de bris de vaisselle, de vociférations, laissait les infirmières sereines ; elles se rapprochaient seulement de moi pour mieux entendre ce dont on discutait : "M... est jalouse de nous, cela va passer", m'expliquaient-elles, et de dire à celle-ci : "tu verras le docteur tout à l'heure, pour l'instant, c'est nous qui le voyons".

Un jour, ne supportant pas l'angoisse de M..., j'allai moi-même la chercher dans le dortoir et la fis asseoir à la réunion ; enfreignant la règle tacite de non-participation des malades à cette réunion, je signifiai de façon quelque peu agressive aux infirmières que plutôt que de poursuivre nos discussions, nous avions auparavant à soigner M... Celle-ci se mit face à moi, tournant ostensiblement le dos au reste du groupe ; je restai silencieuse ; les infirmières, indécises, nous regardaient. Enfin l'une d'elles se déplaça vers elle et lui parla, les autres l'imitèrent, tentant de la consoler. M..., soulagée, accepta alors de sortir.

Le calme des infirmières à accepter les crises d'agitation de M... pendant ces réunions ne montre-t-il pas assez que ce qui leur était pénible n'était que l'idée de mon éventuelle découverte de leur fantasme d'une relation érotisée entre la malade et elles-même ? En effet, en ces moments, l'érotisation inhérente à tout groupe les mettait par rapport à moi à une place qui venait momentanément oblitérer toute suspicion de ma part quant à un quelconque intérêt porté par elles à M... Quitter quelques instants la réunion pour apaiser M... eût été tomber sous le coup de cette suspicion ; leur étonnement à me voir ramener M... était aussi soulagement à me voir réaliser ce qu'elles désiraient faire elles-même.

Si nous avons découpé cette partie du récit en deux phases, c'est qu'il nous a semblé percevoir un glissement d'un type de structuration des échanges entre membres du collectif soignant à un autre, signe d'une modification du contenu et du mode de manifestation des fantasmes sous-tendant ces échanges :

- changement du mode de manifestation : passage du dit à l'agi

dans ce qui a été appelé entrée en scène de M... Ce qui jusque là avait gardé force de loi à n'être que parlé à la façon d'un mythe que l'on transmet, dans lequel on vit, dont la fonction est en quelque sorte de structurer la collectivité qui s'y réfère (à savoir le fantasme que toute relation de l'interne à M... est érotisée), s'exprime par sa mise en scène au cours des réunions de quartier. Ce corps à corps entre M... et l'interne semble venir là pour signifier à celui-ci qu'à tout prix doit être conservée cette croyance, et en même temps pour lui en montrer l'absurdité ; car, en cette situation, il ne peut qu'énoncer des interdits rappelant que son corps est tabou, interdits le situant autrement dans le fantasme des infirmières.

- changement du contenu des fantasmes des infirmières dont le retournement n'est peut-être pas étranger à ces interventions répétées de l'interne. Ce qu'il fait comprendre, là, fait qu'en tant que médecin, il ordonne symboliquement son corps - face à celui morcelé de M... - comme attribut d'un personnage qui, non seulement se permet d'examiner le corps des malades, d'y faire introduire aiguilles et canules, mais affirme la non-réciprocité de cette approche.

Ce retournement du contenu fantasmatique s'illustre particulièrement dans l'abandon par les soignantes de leur croyance en mon impuissance, et en leur impuissance thérapeutique - la première étant la garante de la seconde - pour soutenir celle de ma toute puissance phallique ; me sont attribués savoir et pouvoir me situant en position de juge dont on attend approbation ou condamnation morales. Leur demande de me faire vérifier le moindre de leurs agissements vis à vis de M... est aussi insistante que celle, formulée à la première phase en son inverse, de contrôler tout échange entre les malades et moi. Tout comme elles m'avaient formulé à mon arrivée règles et conseils, elles en attendent maintenant de même de ma part, leur comportement à mon égard n'étant qu'appel à ce que je tranche au nom d'une loi. Autant leur savoir sur M... se faisait péremptoire, objectif, et était présenté comme venu d'un médecin absent, comme ne leur appartenant pas en propre, autant elles le ressentent maintenant hésitant, subjectif, constamment remis en cause par leurs attitudes concrètes à l'égard de la malade.

Elles ne cherchent plus à stigmatiser chacune de mes interventions envers M..., leurs préoccupations se centrent sur une sorte d'acharnement à me cacher le moindre signe d'une érotisation dans leur approche de la malade, manifestant qu'elles ont retourné sur elles-même l'accusation d'homosexualité. Curieusement, apparaît chez elles une perplexité, une question sur la nature de mon lien aux malades, question émergeant à travers des énoncés teintés d'une certaine naïveté tels que : "c'est étonnant, vous êtes une femme et vous produisez sur les malades le même effet qu'un homme passant dans le quartier".

Est-ce là, chez elles, l'affleurement d'une différenciation de la signifiance que revêt l'approche d'une malade par infirmière ou médecin ?

Est-ce le signe d'un ancrage symbolique de l'ambisexualité du médecin inscrivant leur place fantasmatique en un registre où leur corps est marqué du sceau de ses fonctions maternantes ?

En la deuxième phase, M... placée au premier plan du dialogue entre membres du collectif soignant, incarne la possibilité même de ce dialogue mais le réalise en des limites bien précises. Si les infirmières me placent de moins en moins, dans leur fantasme, comme objet d'amour de M..., elles n'abandonnent pas la croyance en mon intérêt privilégié à la soigner ; le fait de me demander de les juger à travers leurs interventions à l'égard de M... me le répète quotidiennement.

En quelque sorte, je suis mise en demeure de ne porter mon regard que sur ce point précis, tentative de canaliser mon pouvoir soignant en un lieu cernable, par l'utilisation de M... comme écran m'empêchant de faire intrusion dans d'autres points du champ d'activité des soignantes, en particulier au niveau du club. Non qu'il s'agisse pour l'interne de tout savoir, de contrôler toute décision, performance irréalisable et dérisoire, mais là se constitue une véritable opposition entre les modes de prise en charge de M... et des autres malades, la première me marquant d'un indice élevé de "lieu de référence" pour les soignantes à l'exclusion des instances du club, la seconde me situant en position marginale par rapport à une prise en charge médiatisée avant tout par le club.

L'alternative devant laquelle m'avaient placée les infirmières à mon arrivée : "ou bien c'est nous qui décidons, et vous entérinez, ou bien nous vous portons garante de ce qui se passe ici et nous en déchargeons sur vous la responsabilité" se manifeste ainsi en ses deux termes à la fois.

A cette problématique, les malades du quartier ne vont pas rester indifférentes, et leur "entrée en scène" inaugure la troisième phase de l'observation, entrée en scène faisant suite à la réintroduction des instances du club par M... au niveau des réunions de quartier.

Alors que, depuis plusieurs semaines les postes de déléguées demeuraient non pourvus, celle-ci arriva un jour, de gros cahiers sous le bras, et lut d'une voix monocorde les comptes-rendus de toutes les réunions du club ; elle assuma ainsi quelque temps tous les rôles de déléguées : déléguée générale de quartier et des quatre commissions du club. Elle enfreignait la règle interdisant le cumul des postes, ce que les malades, plutôt que de protester, interprétèrent comme signe de sa "bonne volonté". M... ponctuait sa lecture de demandes identiquement répétées d'approbation : "c'est bien, mesdames ? c'est bien ?" que l'assemblée unanime lui accordait.

Les infirmières, d'ordinaire si empressées à assurer le bon fonctionnement du club, ne semblaient pas remarquer cette transgression, trouvant que M... avait découvert le moyen de rester "sage" aux réunions, l'encourageant même à déchiffrer ses notes, à écrire sur son cahier les réclamations des malades.

Devant la passivité générale, je dénonçai le rôle de premier plan que prenait M... Ce rappel d'une des lois du Club, je dus le répéter plusieurs fois avant qu'il ne soit entendu des infirmières, puis des malades, que l'on dut quelque peu pousser à élire de nouvelles déléguées. M... accepta facilement de ne garder que le poste de déléguée des loisirs.

Autant, au cours de la deuxième phase, les malades avaient discouru de M... avec passion - la rejetant violemment ou prenant sa défense - autant, maintenant, elles se résignaient apparemment à écouter sa logorrhée autistique. Spectatrices de sa prise en charge par les soignantes, elles se maintinrent à une certaine distance de ce qui se déroulait ; elles s'accomodaient de n'être plus concernées directement par l'angoisse de M..., devenu objet principal des préoccupations des infirmières. Si elles avaient réagi de façon si véhémente auparavant, n'était-ce pas qu'elles encouraient un danger à voir l'instance soignante - l'interne, les infirmières - si peu efficace à soulager M... ? Que pouvaient-elles ressentir maintenant, si ce n'est l'abandon du groupe

soignant ?

Mon intervention dévoila en effet peu à peu ce que masquait leur attitude de retrait, à savoir leur hostilité au médecin, aux infirmières, et leur jalousie à l'égard de M... De violentes revendications éclatèrent :

"Ce n'est pas de notre faute si on ne sort pas de l'hôpital, on est mal soigné ici... Les médicaments qu'on nous donne sont inefficaces. Le médecin est toujours occupé à autre chose, cela fait deux mois que je voudrais lui dire que j'ai toujours mes angoisses..."

M... jubilait :

"C'est moi la plus folle du quartier, puisque j'ai les doses les plus fortes de largactil... Quand je rencontre quelqu'un, il me dit : ma pauvre, qu'est-ce que tu as l'air folle !".

Plusieurs malades sollicitèrent de moi que je modifie leur traitement, fixe la date de leur sortie. L'une d'elles fit une grève d'une semaine à l'ergothérapie, prétextant qu'elle n'était pas écoutée lors des réunions. Des schizophrènes profondément "enracinées" dans le service prirent spontanément la parole, s'inscrivirent à diverses promenades organisées par le club, demandèrent que des infirmières les emmènent avec la voiture du club chercher du travail.

M... tentait encore de retenir l'attention exclusive de l'assemblée : elle lui imposa la lecture d'une abondante production poétique et surtout épistolaire, adressée en fait à sa famille, aux soignants, où elle énumérait méticuleusement ses activités quotidiennes décrites comme autant de preuves de son amélioration. D'abord amusées puis bientôt lassées par la répétition des thèmes, les malades firent comprendre à M... que ce discours ritualisé ne les intéressait plus.

Faire taire M... était devenu chose possible, réussissant même parfois : c'était simplement la remettre à sa place, et non "l'envoyer au diable". Que l'ensemble du quartier - soignants et soignées - l'accepte sans angoisse, que la malade elle-même cède aux injonctions collectives ne révélait pas tant une amélioration de son état qu'une fonction différente soutenue par elle dans le groupe.

De signifier aux malades que le club était, dans l'institution, leur "chose", mon intervention rappelant la règle transgressée par M... les mobilisa à exprimer aux soignants leur sentiment de dépossession vis-à-vis de la malade et à restituer aux réunions de quartier leur sens de lieu structurant l'articulation entre quartiers et club.

Que l'interne se soit constitué porte-parole d'une des lois du club, que quelque chose en ait été changé parmi l'ensemble des malades, cela ne manifeste qu'un "phénomène de groupe" parmi tant d'autres. Néanmoins, l'intérêt de cette intervention réside en son efficace à cette phase de l'histoire du suartier alors même qu'avancée déjà par divers soignants au cours de la deuxième phase, elle était jusque là

restée lettre morte. Le quartier renfermé longtemps autour de la seule M... portée au devant de la scène se rouvrit progressivement vers l'extérieur : les malades les plus passives s'intéressèrent au club ; des conflits éclatèrent entre le collectif soignant et les ergothérapeutes des ateliers dits "centraux" (c'est-à-dire situés hors des quartiers) à propos de malades qui, comme par hasard, s'y firent remarquer par leur "paresse" ou leurs "revendications" ; nombre de "permissions" et de "sorties définitives" purent se réaliser, alors que le quartier était resté de longs mois "à effectif complet". Ainsi allait s'intensifiant tout un réseau d'échanges momentanément oublié, masqué par ce que M... représentait pour le quartier.

Quant à M..., les infirmières se plaisaient à répéter qu'"on ne la reconnaissait plus", percevant inconsciemment qu'en sa place, quelque chose avait changé qui, en fait, concernait surtout sa position fantasmatique.

Elle cherchait à donner des gages aux infirmières : devenue un modèle de propreté, elle se lavait compulsivement plusieurs fois par jour "pour qu'on ne la traite pas de saleté". Avec acharnement, elle accomplissait les plus grosses tâches de nettoyage et déployait la même ardeur à l'ergothérapie du quartier, exigeant des soignantes qu'elles approuvent et vérifient le moindre des effets de ses activités. Peu à peu, son mode de relation à autrui se reflétait en une parole qui n'était plus du registre : "m'aimes-tu, me détestes-tu, je t'aime, je te déteste", mais du suivant : "ce que je dis, ce que je fais, est-ce bien, est-ce mal ? Me puniras-tu, me récompenseras-tu ?", question rappelant singulièrement, presque en écho, les demandes que me formulaient les infirmières au cours de la deuxième phase.

Présentant ses efforts comme le gage du contrôle qu'elle exerce sur ses pulsions destructrices, elle s'identifie d'une certaine façon aux infirmières interdictrices en donnant ou ne donnant pas des preuves de bonne volonté : elle maîtrise ainsi ce que celles-ci contrôlaient auparavant par punitions et récompenses.

A mon égard, M... exprimait sur un mode et en un lieu différents ce qui par elle était agi exclusivement aux réunions de quartier lors de la deuxième phase. Avec une impatience quelque peu frénétique, elle me réclamait plus souvent des entretiens particuliers, dont elle exigeait que je lui fixe l'heure précise. A partir de ce moment, elle faisait de nombreuses irruptions dans mon bureau, déversant un flot de paroles alors même que je ne pouvais l'écouter, et tentait inlassablement de me faire répéter l'heure de notre rendez-vous. Cette heure venue, ou bien elle était introuvable, ou bien, s'étant couchée, elle me hélait de son lit pour que je vienne m'y asseoir, chose que je refusais. Les rares fois où elle affronta le "face à face" en mon bureau, elle me regarda fixement sans mot dire, ou explosa en de violents reproches à mon égard, me quittant toujours impulsivement après s'être assurée de ma présence le lendemain.

Parfois, me retournant sur ma chaise, je la découvrais tapie silencieusement derrière moi, s'étant glissée là subrepticement, fort habile à échapper de mon champ visuel : brefs moments où M... vivait sans angoisse ma présence. "Laissez moi vous regarder travailler", suppliait-elle alors.

Elle se plaisait à me suivre partout dans le dortoir, tournant autour de moi, à distance, m'écoutant parler aux malades, me contemplant pendant que je les examinais. Celles-ci respectaient ce manège, ne rejetant M... que si son irruption dans le dialogue se faisait trop insistante.

Sa profonde ambivalence à mon égard ne pouvait se traduire en un échange verbal ; son discours ne l'exprimait que dans la mesure où une écoute parallèle m'occupait ailleurs et ne me permettait que de l'entendre. Sa peur de me détruire et d'être détruite, aussi intense que son désir de fusion avec moi, se dévoilait en ces comportements qui assignaient à un tiers sa place nécessaire.

Les réunions de quartier étaient pour elle le lieu institutionnalisé où la présence des malades et des infirmières lui permettait de m'approcher ; c'est pourquoi elle y assistait si régulièrement, et m'en demandait chaque semaine la date et l'heure, pourtant immuables. Son discours y procédait soit par chuchotements à mon oreille, soit par haussements du ton, deux modes spectaculaires destinés à appeler l'attention de l'assemblée sur l'échange qu'elle nouait avec moi : ainsi pouvait-elle être assurée du contrôle de ses pulsions.

Alors qu'elle y criait un jour qu'il fallait me "mettre au poteau", une schizophrène exprima ce qu'elle demandait :

> "Il faut que les cuisiniers construisent d'urgence une grosse tomate avec deux yeux et une bouche", dit-elle en scrutant minutieusement mon visage.

Qu'inconsciemment M... trouve un sens à ces réunions, qu'elle s'y serve ainsi de l'assemblée, lui faisant réparer les dommages qu'elle croit me faire subir, marquent peut-être l'émergence d'une subjectivité - aussi aliénée soit-elle - advenant en un lieu auparavant porteur d'une chose ne lui appartenant pas, lieu contenant d'un non-dit entre les personnes de cette assemblée. Car ce qui se révèle là, chez la malade, consiste en une ébauche de maîtrise de ce groupe qui, précédemment, utilisait le personnage de M... à incarner diverses demandes au médecin. Ce comportement de M... où l'échange avec moi n'est possible qu'à se fonder sur la fonction nécessaire d'un tiers (soignant ou soignée) révèle-t-il la trace laissée par ce tiers quand, à l'inverse, il se servait de M... pour s'adresser à moi ? Ou plutôt, n'est-il que ce qui a rendu M... particulièrement apte à se faire objet médiateur d'une parole impossible à dire ?

Quoiqu'il en soit, ce qui, en cette troisième phase, se faisait de M... le plus révélant, était bien l'évidence même de sa maladie. Comme si le simple fait de dire : "c'est une schizophrène" devenait réalité vécue, savoir retrouvé après avoir été non tant oublié qu'inutilisé,

et signifiait, entre autres choses, qu'infirmières et médecin se trouvaient là pour la soigner.

Etait-ce que le collectif soignant se situait avec plus d'assurance en position d'écoute, ou bien que cette sorte de plasticité - tout à fait particulière aux psychotiques - rendit à nouveau le comportement de M... parfaitement adéquat aux fantasmes dont elle était l'objet ? Car autant elle réalisait le désir des infirmières de montrer la réussite de leurs efforts thérapeutiques, autant elle s'offrait au désir du médecin de la marquer du sceau de son savoir.

"Il n'est plus besoin de l'amadouer ou de la menacer, elle travaille calmement et vient ensuite nous demander une récompense"

commentaient les soignantes, tandis que M... ébauchait devant moi des thèmes délirants, se disait hallucinée, se plaignait d'obsessions-impulsions, notamment d'une envie irrésistible de tuer son petit neveu quand elle allait en permission chez sa soeur.

Confiés à moi sous le sceau du secret, immédiatement répétés à tout le personnel soignant, ces symptômes se firent objets d'échange particulièrement valorisés, sources d'inquiétude toujours renouvelée pour les infirmières. Si M... évoquait une nuit d'insomnie, celles-ci dressaient l'oreille : "n'allait-elle pas rechuter ? ", me demandait-on. Incarnation précieuse et combien fragile du travail des infirmières, M... était protégée par celles-ci de "mauvaises influences". Elle ne se déplaçait hors du quartier qu'accompagnée d'une infirmière, se constituant à l'occasion garde du corps ou chaperon.

Ce qui devait être évité à tout prix, c'était qu'elle redevienne, comme par le passé, "comédienne", c'est-à-dire que son discours et son agir ne soient plus qu'imitation d'autres malades ; c'était là, en effet, que s'exprimait le plus clairement son altérité radicale, symptôme désarmant d'autant plus les infirmières qu'il leur apparaissait fuyant, invisible, non différencié de la personne même de M...

Quand, au cours de la deuxième phase, M... criait qu'elle allait "étrangler une grand-mère", les soignantes me mettaient en garde "n'allez pas la croire, c'est une Telle qui parle par sa bouche".

Maintenant, M... "façonnée" par les infirmières n'était que le miroir réconfortant de leur propre désir de la soigner, miroir posé là comme un écran à ses "comédies" si redoutées d'être présentes déjà, de fonder ce comportement même. M... poussa en effet "la comédie" jusqu'à venir elle-même démêler devant elles ce qui, de ses agissements, était comédie ou vérité :

"Tu n'as pas vu tout à l'heure que je ne pleurais pas pour de vrai ? Mais mes yeux étaient secs ! Maintenant je pleure vraiment, je suis triste, regarde mes larmes couler..."

"Il faut être juste, on n'a plus à se plaindre de M..." litote cachant bien mal tout le plaisir qu'éprouvaient les soignantes à exercer leur savoir-faire sur la malade ; point n'était besoin de me faire vérifier le bien fondé de leurs interventions, l'état de la malade le prouvait

suffisamment.

Période d'accalmie dans le quartier, de sérénité chez les infirmières qui éprouvaient l'intensité des liens les rattachant à M... : le discours homosexuel de celle-ci s'estompait, sa quête stéréotypée d'approbation morale en tenant lieu.

Le personnage de M... perdait sa fonction de représentation de quelque chose qui, de ne pas avoir pu être ressenti consciemment entre les divers membres du collectif soignant, s'était exprimé longtemps par ce mode de déplacement. On ne me montrait plus avec insistance les efforts qu'exigeaient sa prise en charge ; ceux-ci devenaient simplement nécessaires, partie des tâches quotidiennes, comme il était naturel que, de mon côté, je reçoive M... dans mon bureau. Auparavant, il me semblait que j'acceptais de voir la malade avant tout pour que quelque chose se passe, ou parce que quelque chose se passait chez les infirmières ; l'ambivalence considérable, dévoilée par M... vis à vis de moi au cours de cette troisième phase, n'est peut-être pas étrangère à l'assignation par les soignantes d'une signification toute différente à ces entretiens.

Aux réunions d'infirmières, les débats sur M... avaient perdu "la vedette", et l'entrée en scène des autres malades s'y manifestait par force discussions sur d'éventuelles décisions à prendre à leur sujet. Ce qui s'en dégageait, c'était une sorte d'étalement visant à la coïncidence progressive des champs d'activité des soignants, interne et infirmières abandonnant leurs champs d'intérêt réservés. Structuration nouvelle du collectif, perceptible à travers les conflits qui éclatèrent entre ergothérapeutes du club et soignantes du quartier. Celles-ci prenaient, à propos des malades, les décisions inverses de celles-là. Plusieurs de ces ergothérapeutes assistèrent à tour de rôle aux réunions hebdomadaires des soignantes du quartier, venant leur reprocher de "trop gâter" leurs malades : les infirmières y attendaient visiblement que je tranche en leur faveur, me glissant à l'oreille que telle ergothérapeute avait "son caractère", était "psycho-rigide", ou bien prenaient fait et cause pour la malade au cas litigieux, en appelant ainsi à ce que j'agisse de même à leur égard.

Irruption massive du club dans le quartier, possible en ce temps où la structuration des échanges à l'intérieur du groupe soignant la rendait articulable à une autre structure : celle du club, particulièrement signifiante de créer les règles sous-tendant les échanges dans l'institution.

Irruption fracassante de me signifier un appel des soignantes à ce que j'énonce, en tant que personnage incarnant l'instance médicale dans le quartier, l'importance des règles du club : cet appel s'était manifesté dans leur passivité à voir M... cumuler les postes de déléguées, ou dans leur demande à être soutenues par moi en leur opposition aux ergothérapeutes.

Au cours de la deuxième phase, les infirmières avaient tenté de me

faire transgresser une loi imaginaire, à savoir de me faire maintenir une relation exclusivement érotisée avec M..., pour que j'en édicte l'impossibilité, de ma place de soignant ; actuellement, ce même jeu se répétait autour de règles secrétées par l'institution, règles différentes, en leur sens, de se prendre dans tout un réseau symbolique.

A voir réussir d'une certaine façon la prise en charge thérapeutique de M..., les infirmières m'avaient érigée en personnage tout-puissant, et par là même dévoilaient leurs propres fantasmes de toute-puissance, croyance ne pouvant se maintenir que par un processus de clivage des activités du quartier et de celles du club. Position insoutenable, en perpétuel danger d'être battue en brèche par la réalité de la position des soignantes et soignées en tant que rouages de la "machine" institutionnelle.

M..., en sa mégalomanie psychotique, incarnait ce fantasme collectif, transgressant par le cumul des postes ce qui tenait lieu de règles dans l'institution.

En dénonçant son rôle, j'agissais comme ces ergothérapeutes venant se plaindre de la "paresse" des malades aux ateliers, soulignant là qu'à laisser ces malades oublier les règles de fonctionnement du club, cette attitude collective des infirmières n'était pas dépourvue de sens.

Que le comportement de ces malades fasse scandale aux ateliers, que les ergothérapeutes en parlent au collectif soignant étaient choses courantes ; mais que l'on reproche à ce propos aux infirmières de "trop gâter" les malades résonnait comme ce qui m'avait été dit de M... par ces mêmes infirmières. Maintenant, d'autres malades que M... pouvaient à l'occasion exprimer un non-dit, et, fait particulier, par le biais du même fantasme à leur sujet.

Etait-ce la crainte des infirmières de se voir reprocher par des personnes du club certaine qualité de leurs liens aux malades qui les avaient inconsciemment fait désarticuler leurs activités propres de celles du club ? Car le club représente un lieu fantasmatiquement dangereux pour le quartier, lieu d'où peut advenir la remise en cause de telle attitude des soignantes à l'égard de telle malade ; d'une certaine façon, il porte en lui-même une dimension symbolique qui donne sens aux échanges instaurés dans le quartier, dévoilant leur structure fantasmatique, rompant les circuits imaginaires où se produisent parfois d'imperceptibles glissements de sens : le cumul des postes de déléguées par M... sous prétexte qu'"ainsi elle reste sage aux réunions" n'en est qu'un exemple.

Qu'à un certain moment, les ergothérapeutes soient médiatrices du rétablissement d'un réseau plus dense de communications entre club et quartier, que cela se réalise justement par le biais de leurs reproches aux infirmières, jugées par elles comme trop gratifiantes vis à vis des malades ne peuvent être que simple coïncidence. Cela montre que ce qui voulait se dérober au regard de l'interne à propos de M..., à savoir la mise en question des fantasmes des infirmières à son égard, réapparait ailleurs, aux ateliers centraux, par le biais d'autres mala-

des. Si la discussion demeura possible entre ergothérapeutes et membres du collectif soignant, si le club n'en fut pas pour cela rejeté du quartier, peut-être est-ce que cette accusation concernait aussi l'interne, autant compromis que les soignantes en cette affaire.

A l'étalement du champ d'action thérapeutique du collectif soignant sur l'ensemble des malades du quartier, M... répond, au cours de la quatrième phase, par des comportements ayant fonction de réassurance quant à la permanence de personnages soignants, montrant que quelque chose entre elle et les soignants s'échange, qui s'est modifié.

Elle se plaint maintenant de ne pas être soignée comme les autres et projette sa jalousie en particulier sur deux malades. De temps en temps, elle vient les harceler d'injures, de menaces, tourne autour d'elles, les traitant de "folles, d'imbéciles", jusqu'à ce qu'elles réagissent en sorte que tout le personnel soignant ait à s'en occuper d'urgence.

L'une d'elles est une jeune psychotique, qui se déchaîne en de violentes crises clastiques ; elle lance alors loin d'elle tout ce qui est à sa portée : chaises, tables de nuit valsent à travers le dortoir, blessant souvent de vieilles démentes. Dans le quartier en effervescence, l'interne de garde suture les plaies tandis que les infirmières tentent d'amadouer la malade pour lui faire un cocktail intra-musculaire. L'autre malade, schizophrène de dix-huit ans, lance à sa mère des appels entrecoupés de vociférations aiguës; clouée au sol, en proie à une véritable angoisse de morcellement, elle serre de toutes ses forces contre elle de menus objets qu'elle accapare fébrilement ou s'agrippe au meuble le plus proche. Pour la calmer, il faut qu'une infirmière s'asseoie un long moment près d'elle et lui parle doucement.

Pendant que les soignants s'affairent autour de ces malades, M... se plaint d'être abandonnée de sa mère et des infirmières, tout en restant très attentive aux interventions de celles-ci :

> "Moi, quand j'étais malade comme ça, on me mettait en cellule avec des piqûres ; elles, on les cajole, on leur donne des friandises. Je les embête, parce que c'est injuste qu'elles aient une mère alors que je n'en ai pas."

M... provoque chez ces malades des comportements très proches de ceux qu'elle avait elle-même auparavant, comme si elle ne pouvait abdiquer son désir d'être vue par tous en tant qu'objet de soins privilégiés, qu'au prix de la satisfaction que lui procure le spectacle de ce scénario par elle-même déclenché. A mettre ainsi en scène le personnel soignant intervenant à l'égard de malades en grand état d'angoisse,

elle tente de devenir le sujet d'un regard dont elle était l'objet de la part du quartier.

M... évoque souvent en ces occasions l'image de sa mère morte :

"Cela me rend folle de penser que ma mère est peut-être en train de mourir de chagrin de me voir malade. Répondez moi vite, est-ce vrai qu'elle est morte ?"

Loin de la rejeter, avec une certaine prudence, les infirmières emmènent M... à l'écart, qui se débat, menaçant de les tuer, suppliant qu'on la calme d'une piqûre, leur demandant de jurer qu'elle est guérie. Sur leur réponse : "Mais non, tu es encore malade, tu as besoin de rester ici", M... relève la tête, interloquée : "Mais qu'est-ce que c'est, ma maladie ? Ce sont mes angoisses ? C'est vrai que je suis malade ?", questions pouvant se traduire ainsi : "Seras-tu toujours là, près de moi, à me soigner ?", exprimant sur un nouveau registre ce qui plus haut était signalé dans les séquences : "M'aimeras-tu, me contrôleras-tu toujours ?", et pointant son angoisse radicale de séparation d'avec la mère. J'entendis d'une infirmière cette phrase, comme en miroir : "Pourquoi parles-tu de te suicider ? Que deviendrions-nous sans toi ?"

Ces épisodes se répètent fréquemment pendant les réunions d'infirmières, visant à en désagréger le groupe, tandis que M... s'y introduit, arguant du fait qu'elle est elle-même infirmière. D'ailleurs, elle désigne les deux malades de ces mêmes épithètes dont l'accablaient autrefois les soignantes, manifestant ainsi qu'au cours de ces scénarios, elle oscille entre deux types d'identification possibles : celui d'une malade morcelée, impulsive, clivée du personnage maternel et celui d'une infirmière (d'une mère) rejetante, persécutrice.

M... a désigné une des soignantes du terme de "petite maman chérie" ; quotidiennement, elle lui écrit des lettres au contenu stéréotypé, où elle lui demande uniquement "d'être là tous les jours", lui contant les persécutions dont elle est l'objet de la part des autres infirmières dès lors que celle-ci n'est pas là pour la protéger. Il est impossible d'y démêler à qui, de celle-ci ou de sa mère véritable, s'adresse ce discours.

M... ne présente plus cette ritualisation des conduites qui avait, un temps, empreint son mode de relation aux soignantes. Bien qu'elle proclame dans ses lettres son désir de "redevenir l'enfant sage de sa petite maman chérie", son agir et son discours reflètent plutôt des tentatives répétées de se repérer autant à l'intérieur de son réseau d'échanges actuel avec les personnes du quartier, qu'à travers sa propre histoire dont elle cherche le sens.

Ainsi a-t-elle découpé, par un processus paranoïde, le groupe des soignantes et soignées en deux pôles, auxquels elle attribue de façon labile, la qualité de bon ou mauvais. Dans le même sens peut s'interpréter sa satisfaction à venir se placer devant une infirmière et moi pour jouer à se tromper d'interlocutrice, m'appelant du nom de celle-ci, et réciproquement : sur ce mode ludique, elle s'assure de la dif-

férence, obscurément perçue par elle, entre image infirmière et image médicale. De même, elle désigne parfois un personnage soignant du nom de la malade déléguée générale du quartier (fonction signifiant particulièrement sa qualité représentative de personne malade) maîtrisant par là ce qui fait qu'elle n'est pas une de ces personnes (infirmières ou interne) auxquelles elle s'identifie.

Que signifient ce repérage effectué par M... en sorte qu'il ne puisse être ignoré des soignants, cette récurrence fréquence dans son discours de spéculations, en référence à son passé infantile, sur le pourquoi et le comment de sa maladie, sinon que M... advient en un lieu constitué par elle peu à peu, où elle "rassemble les morceaux", lieu devenu autre que seul objet livré à manipulations fantasmatiques de la part du collectif soignant ?

Qu'après avoir été inconsciemment induit, son discours soit de moins en moins "pris au pied de la lettre" est peut-être le signe le plus révélant d'une différence entre début et fin de cette observation. M... peut, par exemple, élire sa préférée parmi les infirmières sans que celle-ci ressente la nécessité de soutenir un rôle exclusif d'objet d'amour de M..., sans que les impulsions de la malade en soient interprétées comme la cause, sans que les autres soignants croient en "subir les conséquences".

La demande homosexuelle, discordante en son absurdité au sens où M... se vit comme être informément sexué, est le piège où le groupe soignant se prend tant qu'il n'en perçoit pas le leurre. D'être comprise maintenant comme quête inassouvie d'autre chose, n'excluant pas pour autant le registre libidinal, elle n'en conserve pas moins toute son opacité :

> "Que veut donc M... ? Elle ne doit pas le savoir elle-même", me disent les infirmières. "Elle réclame sans cesse quelque chose de nous, n'importe quoi, et cela ne la satisfait jamais..."

Que les soignantes en aient reconnu l'inaccessibilité, pour elles-même comme pour l'interne, ne manifeste que l'extinction progressive de leur fantasme de toute-puissance thérapeutique.

Si le temps pour comprendre cette demande fut si long, si à son encontre se développèrent tant de résistances, c'est peut-être qu'à proclamer son homosexualité, M... parlait du corps des personnes ayant pour fonction de la soigner ; que celles-ci répondent ou non à sa demande, elles se trouvaient confrontées à une question dépassant la simple prise en charge thérapeutique de M..., à savoir à l'engagement en tant que personne douée d'un corps sexué dans une relation psychothérapique à toute malade mentale.

Tant que ne s'éclairèrent pas les termes de cette problématique, le quartier demeura pour M... le lieu privilégié de ses échanges ; les infirmières, qui pourtant ne se lassaient pas de s'en plaindre, n'envisagèrent à aucun moment que M... puisse être ailleurs qu'auprès d'elles, comme si, confusément, elles avaient perçu que là où quel-

que chose n'était pas élucidé, là se situait sa place nécessaire.

M... a rompu ce type de liens en exprimant le désir de ne plus coucher dans le dortoir, lieu marqué de la plus grande intensité de soins infirmiers, lieu de surveillance constante où toute malade est exposée au regard de la collectivité. Montrant qu'elle peut être séparée des infirmières sans en être morcelée, elle a maintenant son lit dans une chambre à cinq places, tout au fond du quartier, et s'y est constitué un espace qui lui appartient. Elle l'a décoré de photographies de mannequins, parmi lesquelles elle fait remarquer qu'elle n'a placé qu'un homme. Résolue à faire elle-même le ménage sous son propre lit, elle en a négocié le privilège avec une vieille paranoïaque qui, jusque là, considérait la chambre comme le domaine inexpugnable de ses activités de nettoyage. Un peu inquiètes au début de ce que M... réalisait sans leur intervention, les infirmières lui ont confié la responsabilité de surveiller sa voisine, quadriplégique incontinente et aphasique. Cette malade, voulant exprimer un appel, émet rythmiquement des sons inarticulés, fort agaçants par leur répétition ; pour cette raison, cette chambre était réservée aux malades sourdes.

Loin de signifier une attitude de retrait autistique, ce relatif isolement de M... en un lieu où elle dispense des soins corporels à la malade la plus déchue, indique la possibilité pour elle de s'identifier à un personnage infirmier marqué du sceau de ses fonctions maternantes.

Appel ou réponse à cette sortie symbolique de M... du sein du quartier, ou les deux ensemble, soignantes et soignées considèrent M... comme intégrée dans le club et devant en accepter les lois : c'est ce que dévoile cette anecdote, nécessitant auparavant une brève explication.

Les bénéfices recueillis dans les divers ateliers d'ergothérapie sont versés directement au club ; celui-ci en prélève une part pour subventionner les activités des quatre commissions, une part destinée au "fonds de solidarité", une autre part pour l'investir en matériel qui devient sa propriété (par exemple, la voiture). La dernière part est redistribuée dans les ateliers où les malades, lors de réunions mensuelles auxquelles assistent les soignants, votent le montant du pécule attribué à chacune d'elles. En outre, l'administration alloue une somme complémentaire distribuée aux malades après discussion du seul groupe soignant.

M... travaille dans le quartier comme femme de ménage d'une part, à l'un des ateliers où s'effectue le montage de boîtes en carton d'autre part. Lors d'une réunion groupant les malades de cet atelier, sa production fut jugée insuffisante : de ce fait, ne lui fut attribué aucun pécule. Elle supplia les infirmières d'infléchir le vote des malades, chose qu'elles refusèrent. M... explosa en de violents reproches à leur égard, mais n'exprima aucune hostilité envers les responsables de cette décision.

Réaction de M... soulignant l'opposition : être en relations privilégiée

avec les soignants - être intégrée dans le club, c'est-à-dire être en relation horizontale avec les malades. M... se place comme objet aimé ou persécuté des infirmières plutôt que de reprocher aux malades leur sévérité, ce qui serait simplement reconnaître que le club a force de loi ; position en miroir par rapport à celle des soignantes qui, lors de la troisième phase, préféraient voir M... rester "sage" aux réunions de quartier, fût-ce au prix du cumul des postes de déléguées.

Cette anecdote pécuniaire est fort différente, en son sens de celle, antérieure, du pécule de M... "retenu" par les soignantes pour payer bols et carreaux cassés par la malade ; ce pécule retenu est élément non verbal médiatisant la relation duelle entre M... et les infirmières relation marquée d'un sens punitif et cachée au médecin comme quelque chose de honteux, mais surtout établissant un échange à l'intérieur du quartier, sans que le club y soit introduit d'aucune façon. Sa signification réelle est problématique, puisque ni M..., ni les soignantes n'ignorent que le renouvellement du matériel est à la charge de l'administration, révélant là toute l'efflorescence imaginaire que masque cette relation.

Dans le second cas, la non-attribution d'un pécule à M..., votée par un groupe structuré de soignées devant des infirmières étonnées de leur sévérité, mais n'intervenant pas en la faveur de M..., prend son sens à permettre à la malade de se percevoir, - et aux autres de la percevoir - comme incluse dans un circuit de communications institutionnalisé par le club. Si la malade se veut montrer au quartier rejetée des seules soignantes, elle n'en va pas moins, le jour même, clamer au micro "la vacherie des infirmières" devant les cinq cent malades de l'hôpital rassemblées chaque mois au Bar pour élire les déléguées du Bureau du club.

En fin de compte, ce qui ressort de cette quatrième phase, c'est la banalité même du mode d'existence schizophrénique de M... dans l'hôpital, banalité découlant justement de la possibilité pour le groupe soignant de considérer M... en tant que malade parmi tant d'autres et d'utiliser pour la soigner l'arsenal thérapeutique habituel.

Car le personnage de M... a eu pendant six mois une fonction bien précise : il représentait l'échec même de toute technicité du groupe soignant, mais en même temps la possibilité pour celui-ci d'être autre chose que porteur d'une technique de soins à l'égard des malades.

Ce contre quoi les infirmières m'avaient mise en garde à mon arrivée, c'était l'acte même de me poser vis à vis de M... comme personnage soignant - de la recevoir dans mon bureau et de l'écouter par exemple - car cet acte annulait dans son mouvement son efficace : "ce sera fini, vous ne pourrez plus rien faire". Plus précisément, ce qui m'était souligné comme dangereux n'était pas tant la perte d'une efficacité soignante que ce qui, de la faille séparant ces moments : avoir un "outil" thérapeutique, le perdre, émergeait, à savoir la dimension du transfert de M... Et pour les infirmières, être en relation transférentielle avec M... impliquait fantasmatiquement n'être plus un personnage soignant mais jouer exclusivement un rôle d'objet d'amour : la mère, la camarade de la malade par exemple.

Nous avons montré, au cours de l'observation, comment le fantasme des infirmières d'une relation érotisée entre M... et l'interne venait à point leur éviter que soit mise en question , en référence à une intentionnalité thérapeutique, leurs attitudes contre-transférentielles à l'égard de la malade. Que le club ait été un temps inclus dans cette problématique n'a rien pour nous étonner car il est structure spécifique à l'institution, mise en place pour soigner les malades, symbole en quelque sorte de la technicité des infirmières.

Celles-ci semblent se jouer de M..., à la fois contenant et contenu d'un sens qui la dépasse et qui, à leur échapper, n'en manifeste pas moins la question de l'approche, en tant que soignant, de tout psychotique ; mais cette question ne prend sens qu'à s'articuler à une autre plus radicale, énonçable ainsi : "A quoi sert-on ? A quoi sert le club ?" question des infirmières dont l'insistance même se traduit par la répétition de leurs plaintes sur M...

Ce que les infirmières exprimaient à travers leur discours sur M... ne constitue pas l'apanage de ce seul quartier étudié ici : en effet, dans le même temps, au niveau de quatre des six quartiers du service se jouait la même problématique à propos de malades y tenant une position analogue à celle de M... Peut-être cela manifeste-t-il que quelque chose se passe inconsciemment à l'intérieur du collectif soignant dans son ensemble, qui a trait à la mise en cause de sa place dans le service en tant que rouage de l'institution.

Cette mise en cause des infirmières quant à leurs fonctions n'a pour elles de valeur qu'à se montrer, quoique masquée, au regard de l'instance médicale dont l'interne n'est que le chaînon représentant de chaque quartier ; que les troubles comportementaux d'une malade en soient la médiation, que le message en soit quelque peu brouillé n'en sauvegarde pas moins l'intentionnalité première, à savoir attirer l'attention du médecin sur quelque chose qui touche particulièrement les soignantes mais dont l'éclat même rend inutile tout discours de leur part.

Tenter de percer plus loin le pourquoi et le comment de l'émergence de cette question des infirmières serait illusoire s'il n'était fait référence à l'historicité de l'institution, trop mal connue de nous ; surtout, cela exigerait un maniement plus aisé de la notion de transfert dans une institution, nécessaire à comprendre le sens du jeu des demandes réciproques entre les diverses personnes du collectif soignant. Peut-être y sommes-nous trop engagé pour en parler. C'est pourquoi notre analyse, pour incomplète qu'elle soit, trouve ici sa fin.

CONCLUSIONS

Notre travail consiste en un rassemblement de divers éléments constituant une sorte d'observation ayant trait à une jeune schizophrène hospitalisée dans un service psychiatrique depuis quatre ans.

Ce qui particularise cette étude, c'est que nous y avons décrit non tant le comportement ou la symptomatologie de la malade que les évènements qui se déroulèrent à son propos dans son entourage : nous voulons dire par là que nous nous sommes intéressé aux réactions affectives, aux conduites des personnes ayant fonction de la soigner et des malades vivant avec elle dans la même unité de soins.

Nous avons décrit, en une brève introduction, ce qui caractérise ce service psychiatrique, à savoir l'existence d'une association de malades, dénommé ici sous le terme de "club". Ce club, nous le définirons simplement comme un organisme dont toutes les malades du service sont membres, et dont les options qui s'y élaborent résultent d'un vote de celles-ci, sous contrôle du personnel soignant. Ainsi est assurée la gestion des bénéfices recueillis dans les divers ateliers d'ergothérapie du service. L'intérêt du club, en tant qu'instrument thérapeutique, et son efficace, résident dans le fait qu'il instaure dans la collectivité de ces quelque cinq cents malades, un réseau d'échanges de paroles, d'affects, réseau sous-tendu par la circulation d'objets concrets : argent, matériel manipulé à l'ergothérapie.

Nous avons limité notre étude à une durée de six mois, découpée quelque peu schématiquement en quatre phases, dont chacune nous a semblé refléter une certaine unité correspondant à un mode particulier d'échanges entre les diverses personnes de l'unité de soins étudiée (malades, infirmières, interne).

Première phase :

La malade en question - que nous avons dénommée M... - est présentée par les infirmières à l'interne nouvellement arrivé comme particulièrement difficile à soigner. Selon celles-ci, M... est sujette à des troubles du comportement majeurs, rendant toute thérapeutique totalement inefficace ; surtout est souligné avec insistance le fait que ces troubles sont la conséquence même de l'attachement exclusif que

M... développe à l'égard de chaque interne. Cette mise en garde semble avoir plutôt valeur de mise à l'épreuve du pouvoir soignant du médecin, et de tentative, de la part des infirmières, d'évitement de la quête affective de la malade.

Deux mois se déroulent sans que M... fasse parler d'elle : son état est stabilisé au point que l'interne décide de tenter sa sortie de l'hôpital, malgré la réticence inquiète, narquoise des soignantes.

M... présente alors une rechute excito-motrice, réclamant à l'interne une cure de sommeil dont celui-ci doit abandonner le projet devant l'opposition ouverte des infirmières à ce traitement ; en effet, pour elles, cette cure est perçue non pas comme une prescription médicale, mais comme une sorte de faveur que le médecin accorderait à la malade.

Les effets de ce désaccord entre interne et infirmières ne tardent pas à se faire sentir : M... est portée au devant de la scène, malades infirmières ne parlent plus que d'elle, commentant avec indignation le moindre de ses agissements devenu tout à coup objet constant de scandale. M... est devenue pour les soignantes le symbole de l'échec du savoir du médecin ; de plus celles-ci peuvent se sentir persécutées par l'interne, tenu pour responsable du comportement de M... qui les harcèle avec acharnement.

A voir l'inanité de toute tentative d'approche de M... par les soignants, les autres malades sont confrontées à leur propre angoisse, face à l'impuissance de ce qui tient lieu d'instance médicale. Tentant de verbaliser leur malaise, elles prennent la défense de M..., et viennent demander répétitivement au médecin que celle-ci soit soignée ; comme si ce seul fait était la condition nécessaire à ce qu'elles ne soient pas abandonnées des soignants.

La deuxième phase :

se caractérise par un retournement du contenu de la croyance des infirmières quant au pouvoir soignant du médecin. Autant, au cours de la première phase, elles reprochaient à celui-ci sa relation privilégiée à M..., relation dont elles s'imaginaient exclues et source, selon elles, de l'impossibilité de soigner la malade, autant elles cherchent à tout prix à montrer que la prise en charge thérapeutique de M... est maintenant possible et efficace.

Le rôle de l'interne est vécu par elles comme celui d'un juge dont elles attendent approbations ou condamnations morales à propos de leurs interventions vis à vis de M...

Il semble en effet que le désir du médecin de soigner la malade, manifesté par celui-ci lors de son projet - bien que non réalisé - de cure de sommeil de M... soit ressenti par les infirmières comme volonté ouvertement exprimée qu'elles prennent en charge la malade.

Mais ce qu'il faut lui cacher, c'est leur désarroi face à la quête inassouvie de M... : car s'est effondré un mythe, celui de la prédilection

de M... pour le médecin, mythe dont la fonction était de leur faire éviter l'angoisse de l'approche de cette psychotique.

Leur prise en charge de M... réalise un maternage spontané, instaurant un échange avec la malade qui exclut toute utilisation des structures du club en tant qu'instrument thérapeutique.

Troisième phase :

Que M... soit devenue d'une certaine façon l'incarnation de la réussite des efforts des infirmières, objet privilégié de leurs soins, n'échappe pas à l'ensemble des autres malades. Leur jalousie envers M..., leurs revendications affectives à l'égard des soignants dont elles se sentent abandonnées éclatent à propos de transgressions répétées de certaines règles du club par M..., transgressions que l'interne est amené lui-même à dénoncer devant la passivité des infirmières à les accepter.

L'introduction des instances du club, en tant que porteur de règles auxquelles doit se plier M..., au même titre que les autres malades, est fécond à rompre son statut particulier : être intégrée dans le club signifie ici pour M... n'être plus la malade protégée des soignantes.

Quatrième phase :

Ce qui se modifie peu à peu, c'est avant tout la place de la malade dans l'unité de soins étudiée : M... n'est plus un objet à rejeter, ni un objet d'intérêt particulièrement valorisé. Elle devient pour le personnel infirmier un sujet malade, nécessitant des soins comme toute autre malade du service. Son état mental s'est peu modifié, simplement son personnage ne représente plus quelque chose d'autre qu'elle-même ; ce qu'elle a perdu, c'est sa fonction de symbole de l'échec ou de la réussite du travail des soignants.

En résumé, nous avons voulu montrer par ce travail que les conditions même de la prise en charge thérapeutique des malades à l'hôpital psychiatrique - où le personnel infirmier a un rôle majeur en tant qu'élément fixé dans l'institution, a une expérience particulièrement riche du fait de sa convivence avec les soignés - nécessitent une vigilance constante du médecin quant aux interactions des soignants et soignés.

D'autre part, le travail du collectif soignant (infirmières, interne et autres membres du personnel médico psychologique) n'est efficace qu'à se fonder sur une analyse permanente de leurs relations réciproques.

Vu, le Président de Thèse
Professeur J. DELAY

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE